

SALUD MENTAL DEL CONDADO DE GRANT

203 Central Ave. S.
P. O. Box 25
Quincy, WA 98848
(509)787-4466

840 E Plum
P. O. Box 1057
Moses Lake, WA 98837
(509)765-9239

322 Fortuyn Rd
P. O. Box 565
Grand Coulee, WA 99133
(509)633-1471

Nota de Prácticas de Privacidad(CFR164.520(a-c))

Salud Mental del Condado de Grant es obligado por la ley mantener información específica en cuanto a usted y su tratamiento, esta información será referida como Información protegida de Salud (PHI). La agencia colecciona información de un individuo, necesaria para que nos ayude a tener un archivo apropiado de información, tratamiento de salud mental y alcanzar las necesidades de tu tratamiento. Información básica como su nombre, fecha de nacimiento, seguro social y dirección, nos permite darle un número de cuenta específico para identificarlo sin tener que usar su nombre.

La Agencia considera toda la información obtenida por usted estrictamente confidencial. **Excepciones son cuando hay una razón para sospechar que hay ocurrencias de abuso o negligencia de menores o adulto vulnerable; cuando hay una amenaza seria de hacer daño a usted mismo o otros, o cuando la corte interviene bajo una orden de un juez.**

Todos nuestros empleados de Salud Mental del Condado de Grant tienen estándares éticos y políticas estrictas para solo acceder a cualquier información protegida de salud basado en "la necesidad de saber" para proporcionar tratamiento y servicios apropiados, de ambos papel y gráficos electrónicos. Va a ver ocasiones donde usted conoce o está relacionado con un empleado en la agencia donde usted no quiere que ellos no tenga acceso a su información, nosotros haremos cualquier cosa para alcanzar su petición. Desafortunadamente, debido a algunos de los deberes de los empleados, no podemos garantizar totalmente la confidencialidad. En el caso de que la violación de su información de salud protegida se ha descubierto, Salud Mental del Condado de Grant se pondrá en contacto con usted por correo de primera clase en un plazo de 60 días para notificar la existencia de la naturaleza de la infracción.

La Agencia debe de tener una Autorización firmada para dar información completada por usted; si usted es menor de 13 años, la autorización debe de ser firmada por sus papas o guardian legal, antes de dar cualquier información acerca de usted a cualquier persona afuera de la Agencia. Esta autorización de información debe de ser específica, incluyendo que información va a ser dada, para quien o que facilidad, para que van a usar la información, firmada y con fecha. Autorización para liberar información confidencial son válidos para el período de tiempo en el que usted ha seleccionado, de hasta 2 años.

Si usted escoge a cualquier momento parar una autorización de documentos activos, será requerido por escrito. Cuando la nota por escrito sea recibido, la Agencia cancelará la autorización de dar documentos. Cualquier información que fue liberada por la autorización antes de la revocación no puede ser cancelada.

La Agencia, para prácticas normales de negocio comparte cierta información que es pertinente para completar funciones esenciales del personal, la cual incluye entrada de datos, records médicos, hacer

citas, con propocito de revisar y cuentas. Usted tiene el derecho de preguntar al contador cuales son los records que hemos dado. El requisito tiene que ser por escrito y dirigido al Oficial de Privacidad.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley HITECH, comprendo que si elijo pagar de mi bolsillo por los servicios por Salud Mental del Condado de Grant, tengo el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su PHI a mi plan de salud o de su socio en los negocios.

1

Autorización Financiera para liberación de PHI

Yo por la presente autorizo la liberación de Información médica, psiquiátrica o Información Protegida de la Salud (PI) a mi compañía de seguros/DSHS/EAP por Salud Mental del Condado de Grant necesaria para procesar todos reclamos al seguro.

Concuerto en dar a Salud Mental del Condado de Grant, en una manera oportuna, toda la información necesitada, firmar formas y cupones mensuales necesarios para facturar a mi seguro/DSHS/EAP. Si es determinado que mi seguro/DSHS/EAP no cubrirán servicios proporcionados por Salud Mental del Condado de Grant entonces será mi responsabilidad de pagar la cuenta.

Yo acuerdo en hacer pagos por servicios proporcionados en lleno en el día que los servicios son dados, si es aplicable. Comprendo que Salud Mental del Condado de Grant, después de agotar todos medios disponibles, pueden utilizar una agencia de colección para reunir cuentas atrasadas no pagadas. Salud Mental del Codado de Grant porporcionara a la agencia de colección toda información y el PHI necesarios para reunir la deuda debida. Es acordado por los clientes que el Estado de Washington tiene jurisdicción y va a actuar en cualquier acción tomada para reunir esta cuenta estará en el Condado de Grant.